

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1927

THÈSE

N°

416

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Lucien MAILLARD

Né le 15 décembre 1902, à Saint-Martin-les-Boulogne (Pas-de-Calais).

Etude médico-sociale chez les enfants
atteints de glossoptose
avant et après le traitement eumorphique

Travail effectué dans le service du D^r Pierre Robin
à l'Hôpital des Enfants Malades

Président : M. NOBÉCOURT, *Professeur*

PARIS
LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE
MARCEL VIGNÉ
13, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

1927

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1927

THÈSE

No

416

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Lucien MAILLARD

Né le 15 décembre 1902, à Saint-Martin-les-Boulogne (Pas-de-Calais).

Etude médico-sociale chez les enfants
atteints de glossoptose
avant et après le traitement eumorphique

Travail effectué dans le service du Dr Pierre Robin
à l'Hôpital des Enfants Malades

Président : M. NOBÉCOURT, *Professeur*

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE

MARCEL VIGNÉ

13, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

1927



LE DOYEN... M. ROGER

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale	CUNÉO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL.
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBE
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECENE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	CARNOT.
Hygiène	Léon BERNARD.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.

N...

Clinique médicale	BEZANÇON
	ACHARD.
	WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
	DELBET.
Clinique chirurgicale	HARTMANN.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
	COUVELAIRE
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Professeurs sans chaire	ROUVIÈRE.
	BRANCA

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ABRAMI	Pathologie médicale.
AUBERTIN . . .	Pathologie médicale.
BASSET	Pathologie chirurgicale.
BAUDOUIN . . .	Pathologie médicale.
BINET	Physiologie.
BLANCHETIERE	Chimie biologique.
BROCQ	Pathologie chirurgicale.
BRULÉ.	Pathologie médicale.
CADENAT	Pathologie chirurgicale.
CHABROL	Pathologie médicale.
CHAMPY	Histologie.
CHIRAY	{ Pathologie médicale.
CLERC	
DEBRE	Hygiène.
I. de JONG . . .	Anatomie pathologique.
DOGNON	Physique.
DONZELOT . . .	Pathologie médicale.
DUVOIR	Médecine légale.
ECALLE	Obstétrique.
FESSINGER. . .	Pathologie médicale.
GARNIER	Pathologie expériment.
GATELLIER. . .	Pathologie chirurgicale.
HARVIER	Pathologie médicale.
HEITZ-BOYER .	Urologie.

MM.

HOVELACQUE .	Anatomie.
HUTINEL	Pathologie médicale.
JOYEUX	Parasitologie.
LABBE (Henri) .	Chimie biologique.
LARDENNOIS . .	Pathologie chirurgicale.
LEMAITRE . . .	Oto-rhino-laryngologie.
LEVY-SOLAL . .	Obstétrique.
LHERMITTE . . .	Pathologie mentale.
LIAN	Pathologie médicale.
MATHIEU. . . .	Pathologie chirurgicale.
METZGER. . . .	Obstétrique.
MONDOR	{ Pathologie chirurgicale.
MOURE.	
MULON	Histologie.
PHILIBERT . . .	Bactériologie.
QUENU	Pathologie chirurgicale.
RICHET Fils . .	Physiologie.
SEZARY.	Dermatologie et Syphiligraphie.
VALLERY-RADOT (P.).	Pathologie médicale.
VAUDESCAL . .	Obstétrique.
VELTER.	Ophthalmologie.
VERNE	Histologie.

III. AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

GOUGEROT . . .	Pathologie médicale.
GUENIOT. . . .	Obstétrique

M

RETTERER. . . .	Histologie.
TANON.	Pathologie médicale.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.		MM.	
ALGLAVE.	} Clinique chirurgicale.	LERI	} Clinique médicale.
AUVRAY		LÉPER	
CHEVASSU		MOCQUOT	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE.	Clinique médicale.	PROUST	Clinique chirurgicale.
LE LORIER	Clinique obstétricale.	SCHWARTZ	Clinique chirurgicale.
LEREBoullet	Clinique médicale infantile.	VILLARET	Clinique médicale.

V. — CHARGÉS DE COURS

M. MAUCLAIRE agrégé	}	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY		Stomatologie.
CHAILLEY-BERT		Education physique.
LEDoux-LÉARD		Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MES GRAND -PARENTS

A MES PARENTS

A MON MAÎTRE

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR NOBÉCOURT

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

MÉDECIN DE L'HOPITAL DES ENFANTS MALADES

AVANT-PROPOS

Avant de commencer ce travail, et nous conformant de tout cœur à l'usage, nous voulons remercier tous ceux qui pendant nos études nous ont éclairé de leurs lumières et de leurs conseils.

Nous ne pouvons oublier le temps où jeune stagiaire de première année chez M. le Pr Widal, nous considérons la soutenance de thèse comme loin dans l'avenir. Pourtant les années se sont succédé bien vite. Nous avons fréquenté des services divers où toujours nous avons rencontré la même méthode d'enseignement si intéressante et si féconde.

Chez M. le Pr Achard, en seconde année nous avons fait un long stage de médecine, chez M. le Pr Delbet, en chirurgie, nous avons commencé à comprendre les grands problèmes de notre future profession.

Puis vinrent nos stages d'accouchement à la maternité de l'Hôpital Beaujon et de Pédiatrie; c'est à l'hôpital Bretonneau, dans le service du Dr Guillemot qui a bien voulu s'intéresser toujours si paternellement à nous, que nous avons pu voir la diversité des affections pathologiques de l'enfant et considérer leur

importance au point de vue du retentissement sur son avenir.

Enfin nos stages de spécialités parmi lesquels celui d'oro-rhino-laryngologie accompli chez le P^r Pierre Sébilleau. Il nous a montré combien sont unies étroitement l'oto-rhino-laryngologie et la stomatologie et combien il est indispensable d'étudier l'une avant d'aborder l'autre.

Nous remercions enfin nos maîtres de l'Ecole française de stomatologie qui nous enseignent notre spécialité dans un esprit si médical et nous adressons à M. le D^r Bozo et à ses collaborateurs l'expression sincère de notre reconnaissance.

INTRODUCTION

Au cours de nos études médicales, nous avons été attirés vers de multiples sujets d'études. Chaque branche de la médecine présente de tels attraits et nos Maîtres de la Faculté de Paris savent si bien intéresser leurs élèves à leurs travaux et à leurs recherches que les sujets ne manquaient pas.

Mais, de multiples considérations nous ayant décidé à embrasser la spécialisation et nous ayant aiguillé vers la stomatologie, nous avons pensé à faire notre thèse sur un sujet ressortissant de cette spécialité.

Vaste, en est le programme et passionnantes les études. Ayant eu l'occasion de fréquenter depuis longtemps le service du Dr Pierre Robin à l'hôpital des Enfants Malades, nous avons pu voir dans son service les modifications heureuses tant au point de vue physique qu'intellectuel de centaines d'enfants traités par sa méthode.

C'est là aussi que nous avons compris par le retentissement des malformations squelettiques facio-cranio-vertébrales, sur l'état général toute l'importance de notre spécialité. Les résultats indiscutables obtenus

par l'application de la méthode du Dr Pierre Robin nous ont séduit à un double titre : d'abord par leur utilité immédiate : tels enfants qui paraissaient voués à une vie malade et coupée de multiples incidents pathologiques ont vu leur état général s'améliorer, sous l'influence du traitement par la méthode eumorphique, ce qui a permis à leurs parents de pouvoir vaquer désormais à leurs occupations. D'autre part ces mêmes résultats montrent le rôle capital que joue la stomatologie et du même coup placent celle-ci au rang d'une véritable spécialité. Elle est souvent considérée à tort comme une parente pauvre de la médecine ; pourtant au même titre que les autres spécialités elle rend des services d'ordre capital dans le développement et l'amélioration de l'économie.

Enfin, nous espérons, en contribuant à faire mieux connaître l'eumorphie et ses applications arriver à y intéresser les autres médecins. Ceux-ci ne savent pas assez combien claire en est l'idée dirigeante et combien facile l'application.

Quelques moments passés par eux, à la consultation des Enfants malades, leur prouverait mieux que n'importe quel ouvrage l'opportunité fréquente de la méthode eumorphique et tout le bénéfice que pourraient en tirer les malades confiés à leur soin.

Ce travail aura rempli son but s'il parvient à intéresser nos confrères et s'il les décide à considérer la méthode eumorphique dans le but qu'elle poursuit : le traitement de certaines altérations de la santé de l'enfant jointe

à la modification heureuse de son esthétique faciale. Nous nous intéresserons surtout aux transformations de l'état général et nous essaierons au cours de cette étude de faire ressortir l'importance de cette méthode au point de vue pathologique et social.

Nous prions le Dr Pierre Robin de trouver ici l'expression de notre gratitude pour l'enseignement si fécond qu'il nous a prodigué et l'affectueux intérêt qu'il a bien voulu toujours nous témoigner.

CHAPITRE PREMIER

GENERALITES

La physiologie générale nous montre toute l'importance du fonctionnement normal des différents appareils. La déficience dans sa fonction de l'un quelconque des organes de la vie entraîne des troubles plus ou moins graves de l'état général. C'est donc en considérant la physio-pathologie de l'appareil bucco-pharyngo-nasal et en étudiant les conséquences des vices de conformations de cet appareil que nous nous rendrons compte de l'importance qu'il y a pour l'organisme tout entier à l'assurer de l'intégrité de son fonctionnement.

Anatomie générale. — Le rappel de quelques notions d'anatomie physiologique fera mieux comprendre le rôle de toute cette région au point de vue général. Considérons-la dans ses rapports avec le maxillaire supérieur, le maxillaire inférieur et le pharynx buccal en reprenant l'étude du Dr Pierre Robin qui unit intimement le massif facial, le crâne et la colonne vertébrale comme formant une entité anatomo-physiologique.

— 17 —

Maxillaire supérieur. — Considérons le maxillaire supérieur et ses rapports avec le squelette : il répond directement en haut et en dehors aux fosses orbitaires dont sa branche montante constitue une partie de la face interne. Ce massif est creusé en outre du sinus maxillaire et limite les fosses nasales, l'apophyse palatine et la lame horizontale du palatin constituant le plancher de celles-ci. Par sa face inférieure les maxillaires supérieurs forment à eux seuls le squelette de la voûte palatine; ils constituent en quelque sorte l'enclume contre laquelle vient, dans le phénomène de la mastication frapper, le maxillaire inférieur par l'intermédiaire des muscles masticateurs. Ils forment la plus grande partie du massif facial appendu au devant du crâne et l'on comprend que toute dysostose de cette région entraîne des troubles très importants.

Maxillaire inférieur. — En forme de fer à cheval, il est relié au massif supérieur par l'articulation temporo-maxillaire. A son niveau s'insèrent les muscles du plancher de la bouche. Ces deux os constituent le squelette de la cavité buccale, parmi lesquels nous intéressent : les muscles masticateurs et ceux du plancher. Ils portent les arcades dentaires qui forment l'appareil masticateur caractérisé par l'articulation temporo-maxillo-dentaire.

Pharynx buccal. — Un schéma du pharynx buccal vu sur une coupe horizontale de la tête nous présente :

A la partie antérieure : l'arcade du maxillaire inférieur derrière laquelle la langue s'appuie sur le plancher et portant des insertions de quelques muscles sus-hyoïdiens.

A la partie postérieure : la colonne vertébrale tapissée des muscles prévertébraux et soutenant le crâne. Elle forme une paroi osseuse incompressible contre laquelle la langue vient dans un mécanisme que nous étudierons plus loin s'appuyer et obstruer ainsi les cavités circonscrites.

Latéralement : on trouve les amygdales et tout le paquet vasculo-nerveux du cou: carotide primitive, thyroïdienne, linguale, faciale, la jugulaire interne et des veines correspondantes à ces artères, le riche réseau lymphatique de la région cervicale; des nerfs : sympathique, spinal, pneumogastrique, lingual, hypoglosse, en un mot toutes les voies centripètes et centrifuges céphalo-thoraciques passent dans ce carrefour d'une importance capitale au point de vue fonctionnel.

Les os décrits plus hauts délimitent ainsi deux voies bien différentes, respiratoire et digestive. La première part des fosses nasales pour se continuer au niveau de l'arrière-gorge avec le larynx, l'autre communique avec l'extérieure par la bouche pour se continuer avec le pharynx buccal et l'œsophage.

Ces deux voies différentes à leur origine et à leur terminaison s'entrecroisent au niveau « du carrefour aéro-digestif de Pierre Sébilleau. »

On conçoit aisément les troubles qui seront la conséquence de la moindre altération de la morphologie de

cette région au point de vue de son retentissement sur l'état général.

Fonctions du nez. — La physiologie des cavités nasales est l'acte initial de la respiration. L'air inspiré y subit des modifications d'épurement puisque la membrane pituitaire retient la plus grande partie des microbes, de réchauffement grâce aux sinus de la face et du crâne et d'humidification.

Cet air suit les voies respiratoires et arrive au larynx d'où, par la trachée et les bronches, il est conduit aux poumons. Les obstacles mécaniques qui siégeront sur tout le trajet des voies respiratoires empêcheront la fonction de s'accomplir, intégralement et la quantité d'air, nécessaire à l'hématose, qui ne pourra être normalement inspirée devra trouver une autre voie pour arriver aux poumons, elle empruntera tout naturellement la voie digestive.

Fonctions de la bouche. — Cet air inspiré par la bouche arrive directement aux poumons et ne subit pas les modifications si importantes qu'il trouve dans les cavités nasales. D'autre part, les premiers phénomènes de la digestion s'accomplissent dans la bouche : gustation, mastication, insalivation des aliments (bol alimentaire), il est donc nécessaire également que la bouche, qui contient les arcades dentaires et, la langue puisse accomplir complètement et efficacement sa fonction et que par suite d'une dysmorphose facio-cranio-vertébrale elle ne devienne pas déficiente.

« Ainsi toutes ces fonctions capitales de la vie végétative et psychique restent-elles sous la dépendance des déviations morphologiques pouvant déformer le massif maxillo-facio-cranien.

En vertu de la loi biologique du moindre effort qui règle l'équilibre morphologique des organes on conçoit logiquement que toute déviation du massif facial aura nécessairement, vu ses connexions avec la boîte crânienne, un retentissement sur le développement de celle-ci. Ainsi, nous trouverons-nous en présence d'un trouble ou d'un retard de l'intelligence souvent très marqué en rapport ordinairement avec l'importance des déviations squelettiques de cette région. »

Rappelons cette théorie de certains transformistes qui prétendent que l'homme doit sa supériorité intellectuelle sur les animaux grâce à l'opposant du pouce et qui l'expliquent ainsi : le primate a pu grâce à l'opposition des doigts fragmenter sa nourriture et avoir la faculté de préhension qui a contribué à permettre à son système dentaire d'entrer en régression. Il a du même fait laissé plus de place au cerveau pour son développement dans la boîte crânienne.

On peut affirmer que les déviations morphologiques les plus importantes qui troublent le développement de l'état général sont surtout celles qui frappent le massif facio-cranio-vertébral et ce sont ces déviations rencontrées si fréquemment chez les enfants qui déclenchent des phénomènes pathologiques que nous étudierons avec les moyens d'y remédier.

CHAPITRE II

LE CONFLUENT VITAL FONCTIONNEL

Le Dr Pierre Robin a remarqué qu'à côté de ces déviations de forme et de volume des cavités facio-craniennes, il s'en produisait d'autres ordinairement conséquentes des premières dans les régions constituant ce qu'il a appelé le confluent vital fonctionnel.

Par analogie avec le « nœud vital de Flourens » qui siège dans le bulbe et règle le mécanisme de la respiration il a donné ce nom à la région qui correspond à l'espace limité en haut par la base du crâne et se trouve en avant et de chaque côté de la colonne vertébrale, où se croisent et se rencontrent les gros paquets vasculo-nerveux du cou, les voies supérieures de la digestion, de la respiration, de l'audition.

Une simple piqure du nœud vital détermine la mort instantanée, les altérations de forme et de volume du confluent vital fonctionnel n'ont pas évidemment la même gravité foudroyante « il n'en est pas moins vrai que toutes les fois que par suite de déformations squelettiques ou apparition de tumeurs organiques ou inflammatoires, les paquets vasculo-nerveux du cou

ainsi que les autres organes contenus dans le confluent vital fonctionnel se trouveront plus ou moins comprimés, il en résultera un ralentissement de la vie végétative et psychique.

Le carrefour aéro-digestif se trouve constitué par plusieurs loges parmi lesquelles la grande cavité pharyngienne dont les parois sont pourvues d'un réseau lymphatique très important et où débouchent les cavités du nez, de la bouche, de la trompe d'Eustache, de l'œsophage, de la trachée, tout ce qui vient de l'extérieur pour être utilisé par l'organisme doit traverser cette cavité avant d'être introduit dans les appareils adéquats ».

Importance du rôle du confluent vital fonctionnel. —

Tous les échanges centrifuges et centripètes entre le cerveau et le reste de l'organisme suivent les paquets vasculo-nerveux du cou et restent dépendants de l'espace constituant ce confluent vital fonctionnel et on conçoit sans peine, sans entrer dans le détail de toutes les causes chroniques ou aiguës pouvant comprimer les organes qui le traversent, que le fait pour un enfant d'avoir le menton en retrait dû à un recul du maxillaire inférieur ayant les angles trop rapprochés entraîne le phénomène suivant :

L'atrésie du massif facial détermine le refoulement de la langue contre la colonne vertébrale en arrière, les branches montantes des maxillaires étant situées latéralement diminuent cette région dans sa forme et dans son volume et les organes contenus dans ces es-

paces sont soumis à des compressions plus ou moins marquées.

Physio-pathologie du confluent vital fonctionnel. —

Cette gêne permanente est prouvée physiologiquement par une observation courante qu'on peut faire chez nombre d'enfants; ceux-ci respirent en effet la bouche ouverte dès qu'ils sont atteints de déviation morphologique du massif facio-cranio-vertébral.

En effet, dès que l'enfant ouvre la bouche il agrandit la cavité de celle-ci, la langue peut ainsi se porter en haut et elle dégage le pharynx buccal et l'épiglotte sur laquelle elle appuie, « cette position de la mandibule permet à l'air de mieux passer dans le pharynx buccal et par l'ouverture supérieure du larynx qui se trouvent alors libres en même temps ».

Son rôle dans la respiration. — Nous savons les dangers que présente pour l'enfant la respiration par la bouche. Outre que l'air respiré arrive chargé de ses impuretés et prédispose tout l'appareil respiratoire aux multiples infections microbiennes, cette fonction respiratoire de la bouche s'accomplira dans des conditions encore bien plus désastreuses pour l'organisme au moment de l'alimentation.

Son rôle dans la déglutition. — L'enfant dysmorphique, au moment où il mange, demande à son système buccal, la respiration ne pouvant se faire par le nez, d'accomplir un double rôle simultané : mastication et respiration.

L'expression classique de « bol alimentaire » ne paraît pas répondre à l'état des aliments qui ont séjourné dans la bouche. Ils sont en effet impégnés de salive, broyés, malaxés et devraient former plutôt une « bouillie impalpable alimentaire » déjà prête, au moment où elle franchit le pharynx, à recevoir l'action des sucs gastriques. Or, si l'état dysmorphique de l'enfant l'empêche déjà de respirer par le nez quand la cavité buccale est vide, à plus forte raison éprouvera-t-il les plus grandes difficultés à accomplir sa fonction respiratoire au moment de la mastication. Pour éviter l'écoulement de la salive quand il ouvre la bouche afin de renouveler sa provision d'oxygène, il avale tout rond et déglutit avec ses aliments une certaine quantité d'air. Les dysmorphiques sont en effet très souvent aérophages et soumis à toutes les complications gastriques de cette affection.

C'est à ce double titre qu'il est indispensable d'arriver à faire respirer l'enfant par le nez et on y parvient en corrigeant les dysmorphoses du massif maxillo-facio-cranien.

CHAPITRE III

CONSÉQUENCES GÉNÉRALES DE LA DYSMORPHOSE FACIO-CRANIO-VERTÉBRALE

C'est la fonction qui crée l'organe, dit une des lois fondamentales de l'Evolutionnisme. Réciproquement, on doit admettre que toute modification de la fonction entraîne une déformation de l'organe. L'enfant dysmorphique, pour suppléer à son insuffisance respiratoire nasale, va respirer par la bouche et verra les complications naso-pharyngo-amygdaliennes entraîner l'encombrement et la compression des organes du carrefour aéro-digestif. En effet, lorsque l'enfant présente des malformations facio-cranio-vertébrales elles vont occasionner chez lui une série de phénomènes pathologiques sur lesquels nous reviendrons plus longuement et parmi ces phénomènes le principal est d'en faire un respirateur buccal.

Or, la physiologie nous apprend que la respiration buccale ne peut s'effectuer normalement et qu'elle déclanche à son tour une conformation vicieuse du con-

fluent vital fonctionnel, conformation à laquelle l'enfant s'adapte.

Le type normal créé par les canons artistiques n'existe pas pour le Dr Pierre Robin qui prétend que chaque individu est adapté à son genre de vie; d'après le principe de Lamarck; pour lui, l'expression de type normal signifie « la réalisation de l'équilibre morpho-fonctionne caractérisé pour les dents par l'antagonisme des axes physiologiques et géométriques en direction et en intensité. »

Si cet équilibre n'existe pas absolument dans la nature il est tout de même suffisant chez les individus non dysmorphiques pour assurer leur développement. Il reste bien entendu, pour la clarté du langage que chaque fois que nous emploierons l'expression de « type normal » nous parlerons de « type équilibré ».

Mais, chez les enfants dysmorphiques, de jour en jour la fonction respiratoire de plus en plus déficiente tendra à s'adapter à ces nouvelles conditions d'existence sans préjudice toutefois des troubles qui sont la conséquence d'une déficience mal compensée.

Etat fonctionnel des respirateurs par la bouche.

Les enfants respirateurs sont « lents, inaptes aux travaux intellectuels, mous et peu aptes aux exercices physiques, souvent irritables ils restent en retard pour tout. La respiration par la bouche leur occasionne des inflammations continuelles des muqueuses du nez, du

pharynx, des amygdales, des maux de tête, des sinusites, des inflammations des yeux, des otites avec surdité, des laryngites et toutes les infections descendantes.»

Tel est le tableau général des complications pour ainsi dire inévitables et à des degrés divers auxquels sont exposés les enfants dysmorphiques.

A côté de ces phénomènes pathologiques immédiats, il en est d'autres qui se manifestent plus tardivement peut-être et dans des territoires plus éloignés mais qui n'en sont pas moins la conséquence des malformations facio-crânio-vertébrales.

« Ce sont des enrhumés du cerveau perpétuels, atteints de bronchites à répétition. On conçoit que cette respiration ralentie entraîne l'étroitesse du thorax, l'insuffisance de l'aération pulmonaire, prédispose aux congestions, aux infections tuberculeuses, l'origine de celles-ci, n'ayant souvent pas d'autre cause. A la mauvaise oxygénation pulmonaire joignez les troubles dus à une mauvaise mastication et à l'aérophagie dont les conséquences sur l'intestin sont les dyspepsies, les infections gastro-intestinales et l'appendicite existant d'ailleurs fréquemment chez les enfants dysmorphiques. »

Ces enfants sont donc des adaptés, mais des adaptés déficients, et, pendant toute leur existence, ils seront moins bien armés pour se défendre contre les infections et ne pourront remplir leur rôle social, comme ils l'auraient accompli sans cette tare. Enfants, ils sont retardataires; adultes, ils restent souvent languissants, mal équilibrés, ils ne donneront pas tout ce qu'ils

auraient pu donner comme père et mère de famille. Ils sont souvent la conséquence et peuvent devenir l'origine d'une lignée déficiente qui devra soutenir une lutte constante contre la maladie et les infirmités.

Au cours de cette étude, nous verrons ce qu'est le nourrisson dysmorphique traité et non traité. Le nourrisson soumis à la méthode eumorphique sera d'autant plus rapidement guéri que le traitement sera plus précoce et deviendra un enfant « normal », solide et capable de se préparer un avenir. L'autre, abandonné à lui-même, deviendra l'enfant dysmorphique. Il sera encore susceptible d'une grande amélioration et la méthode eumorphique arrivera à le replacer dans un équilibre fonctionnel satisfaisant, mais si on ne traite pas l'origine des troubles et des affections qu'il présente, si on ne s'attaque pas directement à leur cause, ce même enfant vivra probablement quand même, mais avec une menace perpétuelle qui l'empêchera de s'adonner comme il aurait pu le faire, à ses travaux, et de devenir l'homme sain qu'en aurait fait le traitement eumorphique.

CHAPITRE IV

LA MÉTHODE EUMORPHIQUE

Définition. — « Ayant pour but de prévenir et de corriger les déformations des arcades dentaires et de la face, le traitement eumorphique assure la correction de l'esthétique et rétablit la respiration nasale ainsi qu'une bonne mastication, en supprimant la respiration par la bouche dont les effets sont si néfastes pour les poumons, l'appareil digestif, et en général pour le développement et la santé de l'enfant. »

Son idée directrice. — Ces deux expressions : *fonction* et *organe* sont depuis les lois de l'Evolutionnisme liées intimement dans l'esprit et évoluent parallèlement. L'idée directrice de la méthode eumorphique est la suivante : corriger les dysmorphoses du massif maxillo-facio-cranien et, partant, obliger les fonctions dépendant de ces appareils à redevenir normales. Elle y parvient en créant une fonction nouvelle et normale, c'est-à-dire équilibrée, fonction à laquelle l'organe s'adapte.

Ses moyens de correction. — Ils découlent de la physiopathologie.

Nous avons vu plus haut que l'atrésie des maxillaires entraîne la chute de la langue en arrière et que celle-ci, en venant appuyer sur la colonne vertébrale, forme un obstacle aux voies respiratoire et digestive.

En effet, on sait le peu d'espace libre situé entre la base de la langue d'une part et l'épiglotte et la face antérieure des parties molles qui recouvrent les premières vertèbres cervicales, d'autre part, comparé au diamètre entéro-postérieur de la langue.

Par excès de volume, par manque de tonicité, ou par dysmorphose facio-cranio-vertébrale, la langue a tendance à combler le pharynx buccal et à abaisser l'épiglotte.

C'est cette chute de la base de la langue en arrière, et en bas que le Dr Pierre Robin a appelée « glossoptose », en attirant l'attention du monde médical sur ce point dans sa communication à l'Académie de Médecine du 2 janvier 1923. Il y a donc lieu de distinguer deux groupes d'obstructions des voies respiratoires inférieures.

Obstructions hautes : fosses nasales, pharynx nasal.

Obstructions basses : pharynx buccal.

Rosenthal, au cours de cette communication a fait remarquer que le traitement des insuffisants respiratoires par ablation des végétations adénoïdes ou des amygdales n'amenait pas toujours le résultat qu'on en attendait et que ce résultat, parfois satisfaisant au début, ne tardait pas à se montrer insuffisant dans la suite. La cause en est justement dans ce fait qu'on a

longtemps méconnu les obstructions respiratoires basses représentées par la glossoptose et qu'une thérapeutique intéressant ces variétés d'obstructions est seule capable d'améliorer définitivement l'état des insuffisants respiratoires.

Ces symptômes se confondent avec ceux d'un dysmorphique, presque tous ces sujets présentant de la glossoptose à un degré plus ou moins avancé.

Cette glossoptose se caractérise par une gêne respiratoire, la bouche étant fermée en occlusion physiologique, par un retrait des angles de la mandibule et le menton fuyant, elle est presque toujours liée à une dysmorphose atrésique du maxillaire inférieur.

La correction momentanée de cette glossoptose est facile à obtenir.

D'après le Dr Pierre Robin : « Il suffit de recommander au malade de projeter en avant et en haut son maxillaire inférieur de telle sorte que ses incisives inférieures dépassent celles du maxillaire supérieur et de joindre les lèvres, l'expérience est immédiatement concluante. S'il n'y a pas d'obstacle naso-pharyngien, la respiration devient facile et s'exécute aussi bien à l'expiration qu'à l'inspiration, lentement, complètement, sans tirage ni essoufflement, grâce au dégagement du carrefour aéro-digestif de Pierre Sébilleau, ainsi qu'à la décompression des paquets vasculo-nerveux du cou qui traversent le grand espace facio-cranio-vertébral. »

Cette expérience montre, à elle seule, le rôle joué par la base de la langue dans sa chute en arrière en corrigeant

les dysmorphoses du massif maxillo-facio-cranien. Cette glossoptose ne se reproduit plus et tous les phénomènes pathologiques qu'elle engendre par gêne de la respiration et par compression des paquets vasculo-nerveux du cou seront enrayés.

Mais, le traitement eumorphique diffèrera suivant qu'il s'adressera au nourrisson dont tout l'appareil maxillo-facio-cranien, est susceptible de se laisser mieux corriger ou qu'il envisagera les caractères dysmorphiques de l'enfant.

L'étude des troubles et phénomènes respiratoires et digestifs du nourrisson nous fera comprendre les moyens que la méthode eumorphique met en jeu pour en faire un respirateur et un digestif normal. De même le syndrome des dysmorphoses facio-cranio-vertébrales chez l'enfant nous indiquera de quelle façon doit être institué le traitement eumorphique pour le ramener à l'équilibre morpho-fonctionnel qu'il ne possède pas.

CHAPITRE V

LA DYSMORPHOSE CHEZ LE NOURRISSON

Il est très rare de trouver chez le nourrisson des obstructions respiratoires hautes naso-pharyngiennes.

Nous avons eu souvent l'occasion, à la consultation des enfants malades, de remarquer l'attitude du nourrisson au sein.

Il saisit entre ses lèvres et ses crêtes alvéolaires le mamelon de la mère et fait successivement les mouvements de succion. Puis il lâche le sein, aspire largement et la bouche ouverte une certaine quantité d'air et reprend le sein pour le relâcher dans les mêmes conditions quelques instants plus tard. La tétée présente d'une façon intermittente et régulière ces alternatives de succion et de respiration. Ce fait démontre que les nourrissons ainsi allaités sont gênés dans leur fonction respiratoire. On est tout naturellement amené à penser, en raison de la rareté des obstructions respiratoires hautes de cet âge signalées plus haut qu'un obstacle vient mécaniquement obstruer les voies respiratoires supérieures ailleurs que dans le naso-pharynx. Cet obstacle, c'est la base de la langue et la glossoptose doit être invoquée

comme cause de cette obstruction basse : C'est quand le Dr Pierre Robin demande comme il le fait souvent dans son service, aux mamans de faire téter leur nourrisson devant lui que nous avons noté que la position que l'on fait prendre à l'enfant au sein est toujours la même. La mère est le plus souvent assise, les jambes forment un angle aigu avec le tronc, les pieds étant relevés par un petit banc ou par un coussin. Elle maintient sous un bras le nourrisson plus ou moins renversé sur le dos. De la main opposée elle amène la bouche de l'enfant au niveau du mamelon qu'il doit prendre. Le bébé a la tête ployée en avant, le menton appuie plus ou moins sur le sternum et son nez se trouve presque toujours obstrué contre les téguments dépressibles de la glande mammaire.

De cette façon la langue peut très facilement tomber en arrière et venir occasionner une obstruction respiratoire basse. De plus les narines sont elles-mêmes plus ou moins gênées pour accomplir leur fonction respiratoire et tout ceci explique les fréquents arrêts qu'on note dans la tétée. Lorsqu'elle est donnée suivant la manière habituelle, elle est souvent suivie de régurgitations. L'enfant déglutit de l'air en même temps que son lait et l'aérophagie est une des causes déterminantes de ces régurgitation. De plus comme il est presque toujours tourné plus ou moins sur le dos pour téter, le lait tombant naturellement dans le pharynx s'y trouve comprimé par les mouvements de la déglutition qui le refoule, en même temps que les mucosités qui s'écoulent du

nez, sont refoulées du côté des trompes d'Eustache. Ce mécanisme favorise ainsi les infections de l'oreille moyenne que l'on rencontre souvent chez le nourrisson dysmorphique.

Examen du rapport des crêtes gingivales du nourrisson dysmorphique.

Chaque fois qu'on se trouve en présence d'un enfant hypotrophique, tétant mal et respirant par la bouche, l'attention est attirée du côté du massif facio-cranio-vertébral. A l'inspection on note souvent le retrait du menton, puis la bouche étant ouverte la discordance des crêtes gingivales est manifeste, l'inférieure étant souvent en retrait de la supérieure.

A cette discordance, correspond une béance des maxillaires qui est augmentée et aggravée par la voûte palatine en ogive, et l'atrésie de la région incisive supérieure. Ou bien la crête gingivale inférieure proémine, le menton est en avant et la concordance n'existe pas non plus. Dans ce dernier cas il est aisé de faire le diagnostic de la glossoptose car si après avoir couché l'enfant sur le dos on tente de repousser son menton de bas en haut, et d'avant en arrière, celui-ci se débat pour lutter contre l'asphyxie consécutive à cette glossoptose et aux compressions des paquets vasculo-nerveux du cou.

Il est facile d'obtenir des modèles qui fixent l'examen en employant le procédé du Dr Pierre Robin. Il consiste à introduire dans la bouche de l'enfant un carré de cire ramollie de 4 à 5 millimètres d'épaisseur. On produit

la coaptation des crêtes gingivales par pression d'une main sur le menton pendant que les doigts de l'autre écrasent la cire dans les sillons gingivo-labiaux de façon à reproduire exactement les deux maxillaires dans leurs rapports respectifs. Un plâtre donne les modèles de la mâchoire dans leurs rapports d'occlusion.

Le retrait du menton en arrière, créant une béance entre les maxillaires (catégorie des opistognathes) entraîne la chute de la base de la langue en arrière. Or nous savons que la glossoptose, en s'opposant à l'intégrité des fonctions respiratoire et digestive, entraîne la déficience de la vie organo-végétative et que son retentissement est d'autant plus grave que l'enfant emprunte les principaux éléments dont il a besoin à ces deux fonctions. Instinctivement le nourrisson ramènera sa langue en avant, pour dégager son carrefour aéro-digestif, le maxillaire inférieur étant propulsé en avant la langue le suivra, chacun sait d'ailleurs que lorsque le bébé s'étrangle il suffit de le tourner sur le ventre et que la respiration ainsi facilitée permet au naso-pharynx de se vider du lait et des mucosités, qui l'encombrent. La pesanteur suffit dans ce cas pour faire tomber la langue en avant et désobstruer les voies aéro-digestives.

Nous ne saurions manquer de rappeler à l'appui de ces faits les observations que Pierre Robin a faites au sujet de la tétée dans la série animale. Les petits des animaux s'allaitent à la mamelle maternelle dans la position naturelle de leur alimentation. Un quadrupède digitigrade par exemple qui tette sa mère a le menton

propulsé en avant et le cou absolument tendu est dirigé directement en haut.

Ces considérations jointes à celles du rôle si important de la glossoptose chez le nourrisson ont déterminé le Dr Pierre Robin à préconiser ce qu'il a appelé la tétée orthostatique. Voici en quoi elle consiste.

Le nourrisson doit propulser le menton à chaque succion et avoir le cou tendu, seule manière d'éviter la glossoptose. Il peut par exemple être tenu debout les pieds légèrement appuyés sur le siège où est assise la mère qui leur ménage la place nécessaire pour se moins fatiguer. Elle le tient en face d'elle de façon à ce que le corps de son nourrisson soit vertical mais cette position du bébé n'est pas unique pour le faire téter orthostatiquement. Le Dr Pierre Robin en décrit plusieurs : position de l'écharpe, position assise, etc. La maman peut choisir celle qui lui convient le mieux ou qui lui est le plus facile.

L'observation suivante, prouve qu'une tétée donnée de cette façon permet — la langue ne tombant en arrière — le libre jeu des appareils sus-indiqués et l'accomplissement intégral des fonctions qui leurs sont dévolues.

Observation I.

Armand F..., 3 mois 1/2.

Venu en consultation à l'hôpital des Enfants Malades, le 15 mars 1927.

Vomisseur, aérophagique, dysmorphique.

Vomissements graves.

Deuxième enfant né à terme. Grossesse normale, petite albuminurie.

Poids de naissance 4 kilogrammes.

Antécédents héréditaires: Mère bien portante, deux fausses couches de trois mois avant le 1^{er} enfant. 1^{er} enfant mort d'une méningite à deux ans. — Père : paludisme.

Mère : mère morte laryngite, père bien portant. — Père : parents bien portants.

L'enfant a été nourri au sein le premier mois. Celui-ci est né vomisseur. Il vomissait ses tétées et les digérait mal, présence de caséine dans les matières.

L'enfant n'a pas été pesé durant ce mois.

Au commencement du 2^e mois, la mère l'a pesé; l'enfant pesait 4 kgr. 360.

Une tétée : l'enfant avait pris 30 grammes.

Le médecin recommande alors l'allaitement mixte pendant 8 jours; puis l'allaitement au sein fut supprimé. On donna à l'enfant durant tout le deuxième mois des biberons de 60 grammes de lait et 30 grammes d'eau avec de la chymosine Rogier, ce qui lui réussit pendant 10 jours. Puis l'enfant se remit à vomir de plus belle et ce de suite après la tétée et jusqu'au moment de l'autre, c'est-à-dire pendant trois heures. De plus constipation.

L'enfant maigrit de 440 grammes en 10 jours. La mère supprima la chymosine, l'enfant vomit un peu moins, mais vient consulter aujourd'hui parce que l'enfant rend dans ses vomissements et dans ses selles des glaires blanc d'œuf larges comme une paume de main, fétides.

Son poids a été le 10 mars de 5 kilogrammes, le 16 mars de 4 kilogrammes 950.

Il semble avoir un foie un peu gros. Pas de grosse rate. Rien aux poumons, front saillant.

Actuellement biberon de 120 gr. : 80 de lait et 40 d'eau de Vals.

Résumé : Probablement aérophagie.

Enfant dysmorphique. Le biberon donné par M. le Dr Pierre-Robin l'enfant étant tenu droit, n'a pas été vomi.

Depuis ce moment la mère a donné le biberon en ayant soin de tenir son enfant le thorax droit, le cou tendu, en enlevant de temps en temps la tétine pour laisser passer l'air. De plus l'enfant qui mettait 25 minutes à prendre les tétées, les prend actuellement en 10 minutes.

23 mars 1927 : Poids 5 kgr. 300 (plus 300 grammes en 8 jours). La mère dit que lorsqu'elle donne le biberon couché, l'enfant recommence à vomir.

6 avril 1927 : Poids 5 kgr. 660 (4 mois) (125 lait pur).

L'enfant présente encore passagèrement quelques vomissements tardifs avec hypersécrétion, acides, qui semblent soulager l'enfant.

4 mai 1927 : Poids 6 k^o 300 plus 175 gr. en 8 jours) (perce des dents).

La tétée orthostatique est un des moyens mis en jeu par la méthode eumorphique du Dr Pierre Robin pour corriger les dysmorphoses et ses conséquences. Un nourrisson qu'on fait téter orthostatiquement depuis sa naissance peut arriver à ne plus être dysmorphique. En effet si l'on considère que la tétée atteint le nombre de 5 à 6 par jour et que la durée de l'allaitement se prolonge en général jusqu'à 10 ou 12 mois, on comprend que le massif maxillo-facio-cranien a tout le temps nécessaire — étant donné la plasticité du squelette du nourrisson — de se transformer morphologiquement

pour réaliser cet équilibre fonctionnel dont il a été parlé plus haut. Notons en passant que l'esthétique s'en ressentira heureusement et que grâce à la tétée orthostatique, nous ne nous trouverons jamais en présence de ces béances de ces prognathismes, de ces anomalies considérables d'implantations dentaires que nous noterons chez les enfants dysmorphiques plus âgés et que l'articulation temporo-maxillo-dentaire sera toujours équilibrée.

CHAPITRE VI

LA DYSMORPHOSE CHEZ L'ENFANT

Beaucoup d'enfants respirent par la bouche. Nous savons que les obstructions respiratoires ne sont pas que d'un seul ordre et que très souvent elles siègent bas, entraînant une obstruction de l'oro-pharynx et exerçant des compressions infinitésimales du confluent vital fonctionnel. C'est que la plupart de ces respirateurs buccaux sont des dysmorphiques.

« Actuellement on compte 3 dysmorphiques sur 4, chez les enfants de moins de 15 ans disait le Dr Pierre Robin dans une communication faite le 18 mai 1926 à la Société de Pédiatrie, tandis qu'après 40 ans il n'en existe plus qu'un sur quatre, tous les autres ont été emportés par des affections intercurrentes dues à la faiblesse du terrain qui se défend mal ».

De même que nous avons fait l'examen du nourrisson tel qu'il se présente souvent à la consultation des Enfants malades, de même nous allons faire l'examen clinique de l'enfant dysmorphique. L'étude minutieuse des différents appareils ne rentre pas dans le cadre de cet ouvrage et dépasserait notre sujet bien que la physio-

pathologie des fonctions de la vie organo-végétative et psychique doit être envisagée. Toutefois, l'investigation clinique du dysmorphique doit être poussée assez loin pour permettre de dépister des symptômes qui sont à l'origine de bien des maladies de l'enfance et qui trahissent toujours des troubles qu'un esprit non averti ne reliera pas une relation de cause à effet à ces dysmorphoses.

« Plus compréhensif que celui de maladie, le terme trouble, doit être préféré, d'après Boucher de Vichy, lorsqu'il s'agit de désigner ces états extrêmement complexes dans lesquels la prime fonction de l'organisme est perturbée

Examen clinique d'un dysmorphique. — L'interrogatoire, des plus utiles, renseigne sur l'hérédité dans laquelle on trouvera souvent la spécificité, l'éthylisme, la bacillose, les troubles endocrino-sympathiques.

La dysmorphose généalogique comme celle des Habsbourg par exemple n'est plus aussi sérieuse, la lignée s'étant adaptée.

On peut trouver dans une même famille des frères ou des sœurs atteints de malformations du même ordre.

Dans les antécédents personnels de l'enfant on apprend souvent :

1° Qu'étant nourrisson il a pris mal le sein et n'a pas « profité comme il aurait dû » ainsi que le dit la maman et qu'il y a eu souvent discordance entre le poids et la taille.

2° Qu'après le sevrage il a été très difficile à alimenter.

3° Qu'il a été plus qu'un autre touché par les maladies contagieuses.

4° Qu'il a été longtemps dysurique jusqu'à deux ans et plus alors que l'enfant ne doit plus avoir d'incontinence après un an.

5° Enfin qu'il était grognon et difficile à élever.

Ces manifestations se traduisent actuellement par des signes caractéristiques : il se plaint des difficultés à respirer, il mange mal et son appétit capricieux ou nul entraîne une déperdition de force qu'il accuse.

Son sommeil est agité, coupé de cauchemars, il dort la bouche ouverte et se tient en « chien de fusil » dans son lit.

La mère constate aussi que le caractère n'est pas normal et elle avoue son inquiétude pour l'avenir. Ou bien l'enfant est emporté, coléreux, difficile à vivre, ou bien il est apathique, indolent, sans aucune énergie. Dans les deux cas le travail à l'école s'en ressent et l'enfant ne fait aucun progrès intellectuel. Et pourtant, ajoutent les mamans, il nous a déjà donné tant de soucis et fait dépenser tant d'argent. Combien de fois n'avons-nous pas entendu cette phrase aux Enfants malades. Nous nous permettons de la rappeler ici pour envisager plus loin à un point de vue social tout l'enseignement quelle comporte.

L'examen proprement dit confirme l'interrogatoire. L'appareil maxillo-dentaire présente souvent des déformations très apparentes et ce sont elles qui en général décident les mamans à venir consulter.

Nous avons remarqué que les atrésies squelettiques entraînent des malformations du massif maxillo-facio-cranien, l'éruption des dents est retardée, et souvent les dents temporaires sont trop serrées ou en mauvaise position, les caries sont fréquentes en raison de la mauvaise calcification générale, le voûte palatine est ogivale et le maxillaire inférieur a des rapports absolument anormaux avec le supérieur, détruisant ainsi l'articulé dentaire.

Le menton projeté en avant crée le prognathisme du maxillaire inférieur et nous avons décrit plus haut pour le nourrisson le mécanisme de compensation de ce prognathisme. Pour réduire sa glossoptose, pour dégager son carrefour aéro-digestif et diminuer les compressions infinitésimales du confluent vital fonctionnel, l'enfant prend cette position et les incisives inférieures débordent les supérieures en mêmes temps que tout le massif facial prend un aspect caractéristique; le modèle type s'en retrouve d'ailleurs chez les Habsbourg dont la déviation, comme nous le disions plus haut, est devenue à la longue non déficiente par adaptation.

A cette difformité du menton en galoche s'oppose celle du menton fuyant caractérisé par une rétrusion mandibulaire avec atrésie du maxillaire. Le maxillaire inférieur, très reculé, (opistognathisme) crée un écart entre les deux arcades et l'on conçoit aisément dans ce cas le mécanisme de la glossoptose qui découle directement de ce recul de la mandibule. Le facies adénoïdien en est un des principaux types.

La prédisposition des respirateurs buccaux à infecter leur appareil pulmonaire se vérifie cliniquement. Enrhumés perpétuels ils sont sujets aux angines et aux adénites cervicales et sont obligés la plupart du temps de garder la chambre l'hiver. A l'auscultation on note souvent des zones d'abolition ou de diminution du murmure vésiculaire, des râles de bronchite et la radio déceles des espaces plus ou moins clairs, signature de la prédisposition bacillaire.

La dysmorphose retentit aussi sur l'appareil circulatoire; l'enfant présente des troubles de la circulation périphérique : mains et pieds pâles ou acrocyanose des extrémités, fréquence d'engelures, de dartres, d'affections cutanées.

Il attire de lui-même l'attention sur les troubles digestifs conséquence de son alimentation défectueuse. Il est constipé ou diarrhéique, les dyspepsies, les colites l'appendicite, ne sont pas rares, chez lui, on trouve le ventre ballonné, et l'estomac descendu et douloureux.

On est frappé par la fréquence chez ces enfants de la mydriase liée à un trouble plus ou moins prononcé de l'accommodation. Watry de Bruxelles a remarqué dans sa clientèle des troubles de l'accommodation guéris ou améliorés par la méthode eumorphique : l'hyperhydrose palmaire et plantaire des aisselles et de la face interne des cuisses ne manque pour ainsi dire jamais. On est frappé du nombre considérable d'enfants dysmorphiques qui sont porteurs d'adénites cervicales ou inguinales. On trouve la loge carotidienne, les angles sous-maxillaires complètement envahis par des gan-

glions petits, durs, mobiles, indolores, témoins de la lutte que ces enfants soutiennent contre les infections multiples auxquelles ils sont soumis.

L'examen du système osseux permet de signaler les déviations de la cloison nasale, pratiqué avec le fil à plomb il décelé une scoliose plus ou moins marquée à concavité dirigée du même côté que l'hypertrophie faciale et qui constitue probablement la classe des scolioses dites essentielles.

A l'ensemble de ces dysmorphoses correspond une attitude caractéristique, qui dénote un affaissement général caractérisé par le fléchissement du thorax sur les cuisses et de celles-ci sur les jambes, dont le valgus est fréquent. Le facies, les membres, les organes eux-mêmes sont ptosés, l'hypotonicité étant générale.

Il est indispensable également de faire un examen oto-rhyno-laryngologique approfondi celui-ci pouvant déceler la présence d'obstructions hautes naso-pharyngées dont le traitement radical s'impose, enfin la radio et l'examen des humeurs donneront les renseignements les plus utiles et compléteront ceux donnés par la clinique.

Traitement de l'enfant dysmorphique par la réduction de la glossoptose. — Elle est obtenue par le port de l'appareil *Monobloc* du Dr Pierre Robin. Judicieusement compris, il corrige les dysmorphoses et les phénomènes pathologiques que celles-ci entraînent. Nous ne décrirons

pas le Monobloc, la technique de la fabrication a été faite en détail dans les thèses des docteurs Fauconnier (Paris 1915) et Soleil (Paris 1926). Il nous suffit de savoir que lorsque le diagnostic de dysmorphose facio-cranio-vertébrale est posé, le port de l'appareil combiné à un traitement médical rationnel amène les résultats les plus satisfaisants.

Il présente l'avantage d'être facilement supporté à part une légère sensibilité des dents dans les heures qui suivront les dilatations de l'appareil, le port de celui-ci ne doit jamais être douloureux, nous dit le Dr Pierre Robin. Chaque fois que l'appareil détermine une douleur persistante des gencives et des dents il sera indispensable de venir se faire examiner. »

Il faudrait reprendre l'examen détaillé de tous les appareils pour voir combien leur fonction s'accomplit mieux après l'application de la méthode eumorphique.

Au bout de quelque temps de traitement, l'état général s'améliore, l'enfant se transforme à vue d'œil, son poids, sa taille s'accroissent, les fonctions de la vie de relation deviennent normales et sans qu'il perde toutefois la spontanéité et l'insouciance de son âge, on sent chez l'enfant naître et se développer des aptitudes et des facilités de travail qu'il ignorait en même temps que sa vigueur physique s'accroît et que sa résistance permet d'envisager sans crainte pour lui un avenir qu'on croyait voué à la maladie.

Les observations qui suivent donnent d'ailleurs une idée des résultats acquis. Nous avons choisi les plus

typiques pensant que les preuves cliniques seront les meilleurs arguments de l'eumorphie.

Dysmorphose chez l'Adulte. — Nous n'en dirons que quelques mots, il est bien évident que l'adulte s'est adapté à sa dysmorphose. mais il bénéficie quand même largement des traitements eumorphiques.

Observation II.

M. Jacques B..., 13 ans.

Né le 25 septembre 1912, né trois semaines avant terme, pesant 5 livres 1/2, fils unique.

Nourri au sein pendant 6 mois.

Premiers pas à 13 mois, propre à 15 mois.

Coqueluche à 2 ans et demi, rubéole à 10 ans.

Pas de bronchites, pas de végétations, s'est bien porté jusqu'à 7 ans, puis est devenu nerveux et paresseux.

Père et mère bien portants. Le père présente une malformation buccale.

Examen du 5 novembre 1925 : L'enfant travaille moyennement, mais moins bien depuis 2 ans (Grande paresse au jeu et au travail).

Dort assez bien la nuit, mais quelquefois la bouche ouverte, tempérament plutôt nerveux.

Peau douce, adiposité générale, quelques plis à l'abdomen.

Teint plutôt pâle, cheveux soyeux.

Nez bien conformé.

Amygdales légèrement hypertrophiées, pas de végétations adénoïdes.

Poumons et cœur normaux, pouls à 74.

Poids 38 kgr. 500, taille 143 cm.

Périmètre thoracique axillaire 76 cm. 5-71.

Orthognathe supraclusion incisive.

Appareillé avec monobloc.

Cette première observation a été prise par le Dr Pierre Robin. Nous avons revu l'enfant au 15 mars 1927.

Il n'a présenté aucun accident depuis qu'il est appareillé.

A porté régulièrement son appareil.

Meilleur caractère, est moins mou, plus actif et plus docile.

A de meilleures notes à l'école, commence à s'appliquer, prend part aux jeux.

Dort maintenant la bouche généralement fermée.

A passé l'été à la campagne et semble en avoir bien profité.

Aspect général floride.

Encore quelques petits ganglions cervicaux.

L'adiposité cutanée générale est beaucoup moins marquée, le rachis est droit, sans déformations thoraciques.

Ne souffre plus de frilosités aux extrémités.

Poids 48 kg. 600, taille 151 cm.

Périmètre thoracique axillaire 80-73.

La supraclusion est corrigée presque complètement.

Observation III.

(Personnelle).

M. P... Fernand, âge : 15 ans.

Est venu consulter le 27 mars 1926, pour une incisive centrale supérieure droite entièrement recouverte par la centrale supérieure gauche et la latérale droite.

Il est opistognathe. Les faces triturantes du massif incisif inférieur viennent presque mordre le palais.

Antécédents : Né à terme, 5 livres 1/2, fils unique.

Père et mère bien portants.

Entérites fréquentes dans la prime jeunesse, dysurique jusqu'à 2 ans.

Grippe infectieuse à 6 ans.

Rougeole à 5 ans et à 7 ans, sans complication.

Coqueluche à 8 ans de longue durée.

A été opéré des végétations à 7 ans, après la rougeole, s'est mieux porté pendant quelques mois puis n'a plus paru avoir bénéficié de l'intervention.

Examen : L'aspect général est celui d'un enfant chétif. Il s'habille à 14 ans avec les vêtements d'un enfant de 11 ans.

Poids : 37 kgr. 100, taille 1 m. 46.

Souvent enrhumé l'hiver.

Respire par la bouche. Vite essoufflé. Dort la bouche ouverte, sommeil agité.

L'auscultation révèle une légère obscurité respiratoire au sommet droit.

L'appétit est mauvais, constipation opiniâtre.

Le cœur est normal.

L'attitude est voûtée. Légère scoliose à droite.

Maux de tête fréquents, le soir après la classe.

Le travail à l'école est pénible et fatigant.

Caractère peu sociable, hargneux, dit la maman.

A été appareillé le 30 mars 1926. A porté régulièrement et sans douleur ses appareils.

Examen du 5 mai 1927 : L'appareil maxillo-dentaire est devenu normal, les dents sont en bonne position, l'articulé se fait normalement.

L'état général est satisfaisant.

Aucune maladie depuis mars 1926.

Le mois dernier s'est passé sans rhume ni bronchite.

Poids : 52 kgr. 200, taille 1 m. 58.

L'enfant n'est pas essoufflé, il a maintenant 15 ans et

s'habille avec des vêtements de son âge qui, dit-il, sont plutôt justes.

Il se tient droit. Aucune scoliose du rachis.

Il respire par le nez, les nuits sont calmes, il dort la bouche fermée.

On ne trouve rien à l'auscultation.

L'appétit est normal et la constipation, quoique beaucoup moins accusée, existe encore.

Ne transpire plus des mains ni des pieds.

Les téguments ont une teinte normale, la mine est fraîche. N'a plus jamais de maux de tête. Il est actuellement en classe de 3^e au lycée et travaille facilement et avec profit.

Enfin le caractère s'est amélioré et l'enfant est plus gai.

Observation IV.

(Personnelle).

Mlle E... Claire; âge : 14 ans.

Appareillée depuis le 24 novembre 1924 est venue consulter à ce moment pour des malpositions dentaires. Les deux canines supérieures pointent sous la gencive à deux centimètres environ du cul-de-sac gingivo-labial.

Antécédents : Née à terme, fille unique.

Père et mère bien portants.

Premiers pas à 13 mois, n'avait pas encore de dents.

Rougeole à 6 ans.

Varicelle à 6 ans 1/2.

Scarlatine à 7 ans.

Angines fréquentes durant tout l'hiver et au printemps, jusqu'en mai environ.

Opérée des végétations à 6 ans.

Rhumes de cerveau fréquents, même après l'opération.

Respire et dort la bouche ouverte.

Cauchemars, sommeil agité, crises de somnanbulisme après un travail un peu fatigant.

Dysurique jusqu'à 2 ans 1/2

Ne transpire pas des mains ni des pieds.

Verrues multiples à la face dorsale des doigts et des mains.

On en compte jusqu'à 4 sur l'index et au niveau du 2^e métacarpien.

L'appétit est normal ainsi que les digestions. Toutefois constipation légère.

Cœur normal, réglée à 12 ans.

Taille 1 m. 54. Poids 49 kgr. Légèrement voûtée, sans scoliose.

Caractère vif par instants, mais généralement état de mollesse et d'apathie qui désole la maman.

Examen du 17 mars 1927 : L'appareil maxillo-dentaire est en évolution favorable. Les canines sont descendues et tendent à prendre leur place normale.

A porté régulièrement ses appareils sauf pendant 1 mois 1/2 pour les faire réparer et changer paraît-il.

Les angines qui avaient complètement disparu depuis novembre 1924 sont revenues huit jours après l'abandon du monobloc et ont persisté jusqu'à ce que l'enfant le reprenne.

Elle respire maintenant uniquement par le nez et dort la bouche fermée.

Le sommeil est calme et reposant. L'enfant prépare le brevet de l'enseignement primaire et en vue de son examen travaille très tard presque tous les soirs. Elle ne se fatigue plus comme avant, sa mémoire est plus fidèle et les accès de somnambulisme ont complètement cessé.

Les verrues sont disparues trois mois après le début du port de l'appareil.

Taille : 1 m. 64. Poids : 60 kgr. 200.

L'enfant se tient bien droite.

Le caractère n'est plus endormi. « Elle a de l'entrain maintenant », nous dit la maman. Elle profite mieux de ce qu'elle apprend et je n'aurais jamais pensé qu'elle put devenir aussi gaie... »

Observation V.

Service de M. le Professeur Nobécourt.

(due à l'obligeance de M. le Dr Du Pasquier).

M. Jean A...; âge : 14 ans 1/2.

Premier examen : Le 12 janvier 1925.

Rougeole à 2 ans. Coqueluche à 5 ans.

Enfant opéré deux fois des végétations adénoïdes : Première fois à 4 ans : angines fréquentes, maux de gorge. Intervention suivie d'une amélioration pendant un an à un an 1/2, puis, reprise d'angines fréquentes. Deuxième fois à 8 ans : opérée à Lariboisière.

Immobilisé pendant 7 mois dans un appareil plâtré pour luxation congénitale de la hanche, opéré à 7 ans. Persistance d'un léger raccourcissement, claudication légère peu appréciable.

Enfant grêle, peu développé, maigre.

Poids : 29 k° 200; taille 142 cm. 5.

Depuis la seconde intervention à l'âge de huit ans, l'enfant ne souffre plus d'angine, mais s'enrhume facilement.

Inaptitude aux efforts intellectuels et physiques.

Fatigue très rapide, enfant très nerveux avec intermittence de dépression.

Cœur instable : Palpitations fréquentes pour des motifs insignifiants, impulsion de la pointe, deuxième bruit claqué, léger frémissement à la palpation.

Thorax aplati, poitrine rentrée, épaules projetées en avant.

Fonctionnement déficient du diaphragme.

Obscurité respiratoire des deux poumons.

Respirations : 21 par minute, irrégulières et saccadées

Expansion thoracique faible : Hirtz : 63-68,5. Capacité V, II.5 au Pescher.

La respiration est surtout buccale bien que la perméabilité nasale soit bonne au glatzel.

Les nuits sont agitées.

Massif facial aplati, projeté en avant. Nez pincé.

Voûte palatine très ogivale.

Atrésie du maxillaire supérieur, malpositions dentaires

Antécédents héréditaires : Père réformé pour bacillose pulmonaire, à 20 ans, pas de poussée évolutive depuis longtemps. Mère bien portante.

Trois autres enfants plus ou moins dysmorphiques, le plus jeune âgé de sept ans a eu des végétations.

Appareillé par le Dr Robin le 20 janvier 1925.

5 février 1925 : L'enfant va beaucoup mieux. Il mange et digère plus correctement. Le sommeil est moins agité. Il montre plus d'entrain.

C. V. au Pescher, 1,700 cm³.

12 mars 1925 : L'amélioration continue. L'enfant respire bien par le nez, la bouche fermée.

Il travaille mieux en classe.

A l'auscultation, la respiration est encore obscure, surtout aux sommets.

2 avril 1925 : L'enfant fait ses mouvements respiratoires régulièrement. La mère constate une amélioration de l'état nerveux et du caractère.

L'enfant se fatigue moins vite.

12 novembre 1925 : Poids 32 kgr. 400, taille 147 cm. 1/2.

La correction des malformations buccales s'opère.

C. V. au Pescher : 21.

Amélioration générale et de la valeur respiratoire.

29 décembre 1925: 32 kgr. 100. L'enfant vient de faire une angine; fièvre: 40° 4 M., pendant trois jours, avec points blancs sur les amygdales.

L'enfant se plaint de palpitations.

4 janvier 1926 : Crise cardiaque avec palpitation et hypertension. Malgré cela l'état général de l'enfant a continué à s'améliorer régulièrement.

Observations VI

(Personnelle)

Mlle Henriette B..., 15 ans, appareillée depuis mars 1925. Est venue consulter pour malformation dentaire, l'incisive centrale supérieure gauche recouvrant la centrale droite. Prognathisme très marqué.

Antécédents : née à terme, fille unique.

Mère bien portante. Le père auquel l'enfant ressemble beaucoup a toujours été prognathe (photo prise à 5 et à 8 ans).

Varicelle à 4 ans; oreillons à 5 ans; rougeole à 7 ans, sans complication; scarlatine à 10 ans, albuminurie; opérée deux fois des végétations : à 8 ans une première fois. Respirait toujours par la bouche, réopérée à 10 ans. Dysurique jusqu'à 18 mois, transpirait des mains et des pieds. Bronchites tous les hivers l'obligeant à tenir la chambre.

Tendant à la déviation avec scoliose à gauche, attitude voûtée.

Vite essoufflée, points de côté fréquents, l'auscultation n'a rien décélé.

Cauchemars toutes les nuits, sommeil agité, dort en chien

de fusil. Toujours eu bon appétit, constipation rebelle. Réglée à 12 ans normalement.

Caractère rageur, le travail intellectuel assez satisfaisant laisse pourtant beaucoup à désirer pendant des périodes de 15 à 20 jours, où l'attention est nulle, la fatigue rapide puis il reprend normalement.

Taille : 1 m. 53; poids : 50 kilos.

L'état général est satisfaisant.

Les dents sont en bonne position, le prognatisme est complètement corrigé et l'articulation temporo-maxillo-dentaire est normale

L'enfant respire par le nez depuis qu'elle porte son appareil. Les bronchites ont disparu, une toutefois mais bénigne l'hiver dernier.

Les rhumes de cerveau ont disparu, l'enfant ne tousse plus jamais. Rien à l'auscultation.

Le cœur est normal.

L'appétit a encore augmenté, l'enfant mange beaucoup mais digère facilement et n'est plus constipée.

La transpiration des mains a disparu mais celle des pieds existe encore bien que d'une manière moins accusée.

Le thorax est droit, on ne note aucune déviation.

Taille : 1 m. 59; poids : 57 kgr. 350.

La mémoire est plus fidèle, elle se fatigue moins vite. Elle prépare également le brevet et tient la tête de sa classe.

Le caractère s'est amélioré et la maman trouve que depuis qu'elle est appareillée « elle est devenue plus gentille ».

Observation VII

(Personnelle)

S... Moissette, 14 ans, appareillée depuis 1926 vient pour mauvaise implantation dentaire générale. Parents bien portants, frères et sœurs ont des malformations dentaires.

Née à terme (6 livres, premiers pas à 11 mois, première parole à 13 mois, allaitement artificiel à la naissance, reprise par sa mère à 3 ans 1/2).

Bien portante pendant cette période. A 2 mois conjonctivite Rougeole à 8 ans très pyrétique, sans complication.

En 1923, au printemps, vertiges, agitations nocturnes avec cris, dépression, vomissait facilement, déprimée par la chaleur, frileuse la nuit, pieds et mains glacés nuit et jour. Légère acrocyanose. Dysurique jusqu'à 2 ans, tendance à la constipation mais bon appétit, quoique aliments mal digérés.

Sensation de picotement au cœur depuis 1923.

Travaille beaucoup, — apprend assez difficilement, défiant d'attention, joueuse, sociable mais irritable.

Système osseux normal, nez aurait eu une déviation de sa cloison, peu de végétations.

Bouche voûte palatine ogivale.

Peau fine, coloration normale.

A tendance à convexité dorsale droite; ganglions au cou, indolores, mous.

Taille : 1 m. 35; poids : 26 kilos.

Actuellement : a bien porté ses appareils, ne peut s'endormir sans monobloc, très bonne santé hiver sans indisposition. Toujours sujette à constipation mais moins qu'avant. A été en Savoie l'hiver dernier où elle s'est bien portée pendant 3 mois, mais sans augmentation de poids, n'est pas réglée est restée frileuse, se plaint toujours d'avoir les pieds et les mains glacés.

N'a plus éprouvé de sensation subjective au niveau du cœur, travaille beaucoup, apprend mieux, est tenace (mémoire meilleure, sommeil parfait, bouche close, sans cauchemars, rêve peu).

Taille : 1 m. 47; poids : 33 kgr. 500.

Observation VIII

((Due à l'obligeance de M. le Dr Mourgeon).

S... Raymonde, 12 ans, appareillée le 4 février 1926.

Opistognathe accentuée.

Mère bien portante mais se fatigant vite. Père bien portant, fille unique, grossesse normale, née à terme 8 livres. 1^{re} dent à 5 mois, premiers pas à 12 mois, première parole à 12 mois, au sein jusqu'à 4 mois, biberon pour insuffisance du lait maternel, bel enfant jusqu'à 7 ans. Rien dans la 1^{re} année. Rougeole à 5 ans, bénigne. Coqueluche à 6 ans (6 semaines). Dermatose au front à 12 mois. Opérée de mastoïdite gauche à 8 ans, 2 ans de séjour à la mer (8 à 10 ans). Pas d'opérations de végétations ou d'amygdales. Maux de tête fréquents de retour à Paris. Facilement essoufflée, mange très bien, mais les parents se plaignent qu'elle ne se développe pas du tout. Était propre à 4 mois; est redevenue dysurique à 12 mois pendant 2 mois.

Avant son opération grande facilité d'études. Après l'intervention, paresseuse d'esprit, réaction lente, semble pourtant un peu mieux travailler depuis 6 mois. Mauvaises dents dès l'âge de 4 ans. Mouche beaucoup, constipée, selles fétides. Acrocyanosé des mains, livide jusqu'au coude. Assez frileuse engelures aux mains et aux pieds. Polyadénopathie cervicale. Gorge : pharynx un peu tomenteux. De chaque côté ganglions sous-angulo-maxillaire ombreux voûte ogivale étroite.

Sourcils peu accusés, facies lymphatique un peu terne thorax étroit, légère asymétrie par proéminence de l'articulation sterno-costale droite des côtes 4 à 7.

Genu valgum à peine marqué, rachis droit, néanmoins légère convexité gauche à grande courbure dorsale.

Le cœur, les poumons et l'abdomen paraissent normaux.

Taille 1 m. 42; poids : 30 kgr. 600.

Examen personnel, fait le 17 mai 1927 : a toujours porté ses appareils, porte depuis 6 mois un appareil à dilatation du haut. Aucune maladie ni indisposition dès lors. On est satisfait de sa santé. N'a plus de maux de tête, les nuits sont tranquilles, ne s'essouffle plus aussi facilement. Mydriase marquée. Teint laiteux, rosée aux joues. Quelques petits ganglions sous-maxillaires droit et gauche, mais la polyadénopathie cervicale a presque disparu, thorax encore étroit mais sans convexité, respire la bouche fermée. Appétit et digestion normaux.

Bonne élève, études régulières.

Ne souffre pas du froid aux extrémités et n'a pas eu d'engelures cet hiver.

Taille : 152 1/2; poids : 39 kgr. 100.

Observation IX.

(Due à l'obligeance du Dr Mourgeon.

(Malade de la consultation du Dr P. Robin à l'hôpital des Enfants Malades).

M. Guy, né le 13 juin 1910.

Père décédé de myélite chronique, paralysie à 34 ans.

Mère bien portante.

Une sœur de 16 ans bien portante (allégognathe).

Né à 8 mois (3 livres) sans cils, ni sourcils, ni ongles.

Nourri 17 jours au sein, puis biberon jusqu'à 7 mois environ.

Hernie inguinale congénitale disparue peu à peu.

Première dent à 7 mois, premiers pas à 1 an, premiers mots à 1 an.

Scarlatine puis albuminurie à 3 ans.

Coqueluche à 4 ans.

Opérations des végétations adénoïdes et amygdales
à 4 ans.

2^e scarlatine sans albuminurie à 5 ans.

Rougeole et oreillons à 6 ans.

Angines et abcès de la gorge à plusieurs reprises à 7 ans.

Diphthérie (une piqûre de sérum) à 10 ans.

En 1923, ulcère de l'œil droit et rechute des amygdales.

Entérite avec constipation depuis janvier 1923.

Bronchites pendant l'hiver en 1917 et 18.

Séjours à la Bourboule, en 1919, 1920 et 1924. Bons résultats, plus de bronchites.

Examen le 6 janvier 1925 (14 ans 1/2) : Enfant très frileux a toujours froid aux pieds.

Etudie assez bien, mais souvent arrêté par de la température attribuée à son entérite (38 °5 ces jours-ci, le soir).

Bonne mémoire. Aime jouer depuis cette année.

A toujours été sociable.

Opisthognathisme.

Sourcils normaux. Teint pâle, blafard.

Cheveux soyeux, peau douce.

Facies ouvert, mais tenant un peu du type adénoïdien.

Onychophagie au lit le soir, encore actuellement.

Pas d'énurésie. Pas d'acrocyanose des mains.

Dort la bouche ouverte et s'endort très tard.

Ne rêve pas, n'a pas de cauchemars.

Depuis août 1924, douleur lombaire au rachis (radio-négative).

Rachis droit, mais ensellure lombaire. Légère tendance à voûter son dos.

Pieds plats.

Poids 34 kg, taille 142-cm.

Périmètre thoracique axillaire : 74-70.

Périmètre abdominal : 57-57.

L'enfant est appareillé avec monobloc et appareil de mastication.

Examen le 28 avril 1926 (15 ans 1/2) : En est encore à son premier appareil.

A très bien porté son monobloc, ne le perd pas la nuit, quelques difficultés avec son appareil de mastication.

Dort la bouche fermée, depuis l'appareillage.

Est moins frileux, surtout des pieds.

N'a jamais fait de température.

L'onychophagie a disparu dans le cours de l'été.

La douleur lombaire ne se produit plus depuis qu'il porte des talonnettes contre le pied plat.

Aucun incident, ni maladie depuis le début du traitement sauf un coryza léger au début de l'hiver.

Assez bon état général. Poitrine plus dégagée, mais cou un peu rentré dans les épaules.

Rachis scoliose dorsale gauche.

Epaule droite plus haute.

Pieds plats (se tient volontiers penché en avant et détermine ensellure lombaire).

Poumons et cœur normaux.

Mains chaudes à peine violacées.

Pas d'anénopathie cervicale.

L'opisthognathisme est diminué.

Poids : 41 kgr. 350; taille : 132 cm. 1/2.

Périmètre thoracique axillaire : 78 1/2, 71 1/2.

Périmètre abdominal : 59, 58.

Ces observations ont des points communs.

Presque tous les enfants qu'elles intéressent sont venus consulter pour des malpositions dentaires ou des malformations de l'appareil buccal.

Tous étaient des respirateurs buccaux, glossoptiques insuffisamment améliorés par l'ablation des végétations adénoïdes la plupart d'entre eux ont été sujets dans la première enfance aux maladies contagieuses.

De plus ils sont souvent atteints de troubles digestifs et de scoliose et presque tous, en raison de leur état maladif, ont occasionné des dérangements incessants à leurs parents.

Leur caractère plus ou moins difficile avant le traitement eumorphique s'améliore toujours après celui-ci et l'intellectualité souvent déficiente tend vers la normale.

Plusieurs autres enfants tout à fait arriérés quand ils sont venus pour la première fois aux Enfants Malades sont actuellement en cours de traitement et leur état s'améliore de jour en jour.

CHAPITRE VII

CONSIDÉRATIONS MÉDICO-SOCIALES

Les enfants dysmorphiques non traités sont voués à un avenir qui doit être surveillé. Leur état général ne sera jamais satisfaisant en raison de ce manque d'équilibre morpho-fonctionnel indispensable pour que les fonctions de la vie s'accomplissent normalement.

Ce sont, comme nous l'avons vu, des candidats à toutes les infections, à la tuberculose en particulier contre laquelle ils se défendront mal en raison de leur moindre résistance. Leur développement s'effectue mal, la plupart des dysmorphiques ont une taille et un poids en dessous de la normale et il n'est pas jusqu'à la vie psychique qui ne s'en ressentent.

Nous savons aussi que l'enfant dysmorphique a souvent mauvais caractère et que ce caractère le rend pénible pour son entourage; enfin, son intelligence peut être endormie et déficiente.

Or, le dysmorphique traité par la méthode du Dr Pierre Robin devient, du fait de la réduction de la glossoptose et de la libération des voies centrifuges et centripètes de la vie organo-végétative et psychique, un équilibré de

toutes ses fonctions physiologiques, qui, n'étant plus entravées, lui permettent un développement normal en même temps qu'une bonne santé.

Le rôle du médecin ne sera pas diminué, bien au contraire, car en continuant à traiter les effets par la thérapeutique habituelle, il traitera également les causes.

Telles affections qu'on croyait installées définitivement, entreront en régression grâce à cette dualité dans le traitement et les enfants seront plus aptes à bénéficier des soins donnés par le praticien.

De plus nous savons que les mamans d'enfants dysmorphiques passent le plus clair de leur temps à consulter et à exercer une surveillance sur la santé de leur enfant. Outre que le prix des médicaments grève souvent le budget du ménage, la mère ne peut vaquer à aucune occupation suivie. La plupart de ses journées sont prises. Les nuits sans sommeil ne se comptent plus depuis la naissance de l'enfant. Si on ajoute à cela, l'angoissant point d'interrogation qu'est l'avenir social de l'enfant, en raison de sa déficience physique on comprend qu'un tel état de choses paralyse les initiatives et annihile toute possibilité de travail effectif. Ainsi l'enfant dysmorphique est voué non seulement à une existence malheureuse, mais tout son entourage en souffre. Ses facultés intellectuelles existent virtuellement mais son état de déséquilibre les empêche de se manifester. Nous avons souvent remarqué dans le service du Dr P. Robin que ces deux facteurs marchent de pair, à une amélioration de la santé a toujours correspondu un change-

ment heureux de caractère et une plus grande aptitude au travail. Nous le mentionnons d'ailleurs dans nos observations et on est frappé quand on considère l'aspect de l'enfant, après le traitement eumorphique. Tel qui donnait l'impression, suivant la vieille expression de Pajot de manifester « son inaptitude à la vie » et dont le visage reflétait la tristesse ou l'apathie avant d'être appareillé, se présente maintenant comme l'enfant normal et sain. On le sent euphorique, heureux de vivre et les mamans ont remarqué en même temps que le progrès à l'école et la cessation des manifestations du mauvais caractère d'autrefois, certaines aptitudes, certain attrait vers une profession quelconque, qui leur permettent, la santé étant revenue, d'envisager avec calme l'avenir de leur enfant.

Le Dr Pierre Robin envisageant la question sous son aspect biologique pense que les mélanges de types différents d'individus créent chez les enfants qu'ils engendrent des états intermédiaires, ne réalisant pas toujours un équilibre morphologique et fonctionnel satisfaisant. L'union d'une dolichocéphale, par exemple, avec un brachycéphale créera un enfant qui, morphologiquement, aura des caractères du père et de la mère, si, pour une cause quelconque l'harmonie n'existe pas entre ces deux types qui se mêlent chez le même individu, celui-ci mal équilibré dans sa morphologie sera dysmorphique; il faudra tout d'abord lui donner l'équilibre qui lui manque. On admet le rôle défavorable de la consanguinité pour l'avenir physique

et psychique de la lignée; il est possible que le mélange de races différentes ait aussi une répercussion sur les descendants et que le déséquilibre morpho-fonctionnel en soit une conséquence directe.

Ce bref aperçu fait comprendre que, s'il est pratiquement impossible de prévenir la dysmorphose, il est très facile de tenter sa correction dès la naissance. Chez l'enfant plus âgé, le traitement nécessite évidemment le port du Monobloc mais si l'on considère la facilité avec laquelle la méthode eumorphique permet à l'organisme d'atteindre l'équilibre qui lui est indispensable pour se développer et le bénéfice qu'en retire, non seulement l'individu traité, mais tout son entourage, on souhaite que tout le corps médical s'y intéresse tant pour lui que pour ses malades. Le médecin ne doit pas se borner à soigner des malades, à traiter des symptômes, son rôle est plus grand, il doit prévoir les accidents futurs et les prévenir et c'est en se pénétrant bien de l'importance sociale de sa thérapeutique, qu'il essaiera d'améliorer non seulement le présent, mais aussi l'avenir de ceux qui l'auront appelé.

Quelques clichés comparatifs de glossoptosiques avant et après le traitement.

Evolution morphologique facio-crânienne chez l'homme actuel.
Les déviations. — Leur traitement.

Dr Pierre ROBIN

*Quelques résultats obtenus
par la méthode eumorphique.*

Mlle M. de T...

Mlle de M. de T. — Début
du traitement 4 ans. — Es-
thétique défectueuse, respira-
tion buccale, état général défi-
cient, acrocyanose des extré-
mités, mastication la bouche
ouverte. Coefficient mastica-
toire diminué de 50 %.



Avant traitement.



En cours de traitement.

Evolution morphologique facio-crânienne chez l'homme actuel.
Les déviations. — Leur traitement.

Dr Pierre ROBIN

*Quelques résultats obtenus par
la méthode eumorphique.*

M. P. de M. L. — Début du
traitement, 30 ans. — Esthéti-
que défectueuse et troubles
fonctionnels importants de la
respiration, de la mastication
et de la phonation.

Etat général asthénique



Avant traitement.



Après traitement.



Avant traitement.



Après traitement.



Avant.



Après.

Les déviations. — Leur traitement.

Dr Pierre ROBIN



Avant traitement.



Mlle S. X.

Après traitement par la méthode eumorphique

CONCLUSIONS

De l'ensemble de notre travail, nous pouvons conclure que :

Les dysmorphoses facio-cranio-vertébrales peuvent être congénitales ou acquises. Ces dernières apparaissent en général à l'époque de l'éruption des dents temporaires ou permanentes.

Dans tous les cas elles s'accompagnent de glossoptose ou chute de la base de la langue en arrière et de compressions du confluent vital fonctionnel du Dr Pierre Robin. A ces phénomènes correspondent des obstructions des voies respiratoires et digestives ainsi que des troubles circulatoires des voies centrifuges et centripètes céphalo-thoraciques : artérielles, veineuses, nerveuses, lymphatiques.

La gravité du retentissement dangereux de la glossoptose se manifeste par des troubles d'importance variable sur tous les phénomènes de la vie organo-végétative psychique.

Chez le nourrisson ces troubles sont plus graves que chez l'enfant, qui lui-même est plus frappé que l'a-

dolescent, l'adulte dysmorphique formant la catégorie des déficients adaptés.

Ces troubles dus à la glossoptose se guérissent en réduisant celle-ci par la méthode eumorphique.

Chez le nourrisson par la tétée orthostatique.

Chez l'enfant et chez l'adulte, par l'appareil (monobloc) dont le port est possible à l'âge de 2 ans, celui ne déterminant aucune douleur.

Les altérations de la vie organo-végétative et psychique se caractérisent et toujours et surtout chez le nourrisson par la gravité des troubles de la digestion (vomissements, aérophagie, diarrhées) et la discordance du poids et de la taille d'où hypotrophies et la diminution de résistance du terrain (infections des cavités bucco-naso-pharyngo-auriculaires) morphologiquement les dysmorphoses facio-cranio-vertébrales se caractérisent soit par le menton fuyant (opistognathe), en galloche (prognathe) et les irrégularités de l'engrènement de la denture.

Tous les glossoptosiques sans être à proprement parler des malades sont des mal portants qui, depuis leur naissance et pendant toute leur croissance, sont des sources de tracas, d'inquiétude, de dérangement, et de dépenses pour leurs parents.

La vie sociale de ces derniers est souvent bouleversée et compromise par les sacrifices inéluctables qui doivent être consentis aux dépens des nécessités sociales destinées à assurer l'existence de la famille.

De nos observations il ressort nettement que par la

réduction de la glossoptose on obtient le retour au développement normal des enfants et à celui de la vie organo-végétative et psychique en général.

A ces manifestations de la santé normale correspondent, pour l'enfant, une éducation et une instruction en rapport avec le rythme social et, pour les parents, la possibilité de reprendre le cours de leurs affaires leur permettant d'assurer l'existence et l'avenir de leur famille.

Nos observations montrent en outre que les glossoptosiques malingres, et déficients à tous points de vue, peuvent devenir des individus normaux capables d'être les procréateurs d'une lignée saine et vigoureuse à rendement social positif.

Vu, le Doyen,
H. ROGER.

Vu, le Président,
NOBÉCOURT.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLETY.

BIBLIOGRAPHIE

- Armand-Delille et Barbarin.** — Culture de l'enfant, principes d'hygiène et d'éducation physique, 1922.
- Apert.** — Hygiène de l'enfance. J. B. B., 1924.
- Apert et Marfan.** — Précis des maladies des enfants. J. B. B. 1920.
- Aviragnet et Peignaux.** — Soins à donner aux enfants. Poinat.
- Marfan.** — Affections des voies digestives dans la 1^{re} enfance, 1923.
— Traité de l'allaitement et de l'alimentation des enfants du 1^{er} âge. Masson, 1920.
- Nobécourt.** — Clinique médicale des enfants (appareil respiratoire 1924). Masson.
- Nobécourt et Schreibert.** — Hygiène sociale de l'enfance. Masson, 1921.
- Terrien.** — Précis d'alimentation des jeunes enfants. Masson, 1926.
- Lesné et Binet.** — Physiologie normale et pathologique du nourrisson. Masson, 1921.
- Lereboullet.** — Les syndromes hypophysaires et hépipophysaires en clinique infantile. J. B. B., 1925.
- Apert.** — La croissance. Flammarion, 1921.
- Ribadeau-Dumas.** — Les débuts de la tuberculose pulmonaire. Flammarion, 1925.

Arama-Michel. — Annuaire scientifique dentaire. Maloigne, 1924.

Ombredanne. — Précis clinique de chirurgie infantile. Masson, 1925.

Doumenge (René). — Configuration de la voûte palatine dans ses rapports avec les déformations de la cloison nasale ou annexes des maladies de l'oreille, du larynx, du nez, n° 10, 1923.

Pasquier (du). — L'insuffisance respiratoire et son traitement. (*Gazette des Hôpitaux*, 5 avril 1924).

Fauconnier (Marcel, André). — Morphologie maxillo-dento-faciale. (*Thèse Paris*, 1925).

Soieil (Jean). — Etude sur la méthode eumorphique. (*Thèse Paris*, 1926).

Robin (P.). — Des malformations maxillo-dento-faciales et leurs rapports avec les infections des appareils digestif et pulmonaire. (*Paris Médical*, n° 25 du 22 juin 1918).

— Le respirateur buccal, son traitement, sa guérison. (*Le Monde Médical*, n° 579, février 1925).

— La respiration par la bouche, ses causes, ses dangers, sa guérison. (*Journal de Médecine de Paris*, 20 mars 1921).

— Conséquences et traitement de l'atrésie des maxillaires. (In *La Consultation*, n° 1, mars 1922.)

— Les irrégularités dento-craniennes, leur traitement par la méthode eumorphique. (*Semaine dentaire*, 26 novembre 1922).

— La chute de la base de la langue considérée comme une nouvelle cause de gêne dans la respiration naso-pharyngienne. (*Bulletin de l'Académie de Médecine*, 2 janvier 1923).

- La glossoptose. (*Journal de Médecine de Paris*, 24 mars 1923).
- Guérison des retards psychiques et morphologiques chez les enfants à facies dysthropsiques par la méthode eumorphique. (*Presse Médicale*, juin 1925, n° 45).
- Pourquoi il faut traiter les enfants qui respirent par la bouche. (*La Clinique*, février 1924).
- Traitement des scolioses. (*Bulletin de la Société de Médecine de Paris*, 1924).
- L'eumorphie, son application, ses résultats. (*Bulletin des Chirurgiens dentistes*, 1925).
- Pathogénie des troubles déterminés par la glossoptose chez le nourrisson, l'enfant et l'adulte. (*Communication faite à la Société de Médecine de Paris*, 26 septembre 1925).
- La glossoptose chez le nourrisson. Sa guérison par une nouvelle manière de faire téter. (*Communication faite aux médecins*, du IX^e, 15 avril 1926).

Sebileau et Truffert (Paul). — Le carrefour aéro-digestif le pharynx, le larynx. Louis Arnette, Paris 1924.

Testut (L.). — *Traité d'anatomie humaine*, tome III chapitre I, article I. V. figure 2, page 4.

